NOTIFICACIÓN DE REFERENCIA DE INMUNIZACIÓN INADECUADA

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Instalación: _____ Fecha: _____

Tipo de Vacuna	DOSIS					
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	Refuerzo
Difteria, Tétanos, Tos Ferina	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Polio	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
Sarampión, Paperas, Rubéola	/ /	/ /	/ /			
Influenza Hemofílica tipo B (Se requiere solamente antes de los 5 años de edad)	/ /	/ /	/ /	/ /		
Hepatitis B (Se requiere para entrar al Jardín de Niños y 1er. grado)	/ /	/ /	/ /	/ /		

DE ACUERDO CON LA LEY DE ARIZONA, DEBE CUMPLIR UNO DE LOS PUNTOS SIGUIENTES PARA ESTA FECHA: _____

1. En caso que su niño ya haya recibido las inmunizaciones necesarias, traiga su registro de inmunizaciones a la instalación. El registro debe mostrar el nombre del niño, la fecha en que recibió todas las dosis y el nombre del médico o dependencia de salud que le administró las vacunas.
2. En caso que su niño no haya recibido las inmunizaciones necesarias, lleve el registro de inmunizaciones del niño y esta forma a su médico o departamento local de salud para obtener las inmunizaciones necesarias y los registros correspondientes. Luego devuelva esta forma y el registro actualizado a la instalación.
3. *Está disponible la Exención de los requisitos de inmunización.* En caso que las inmunizaciones contravengan sus creencias religiosas, usted debe llenar, firmar y devolver una declaración de exención a la instalación. En caso que no pueda proporcionarse alguna de las inmunizaciones por razones médicas, debe presentar una exención médica firmada por un médico o representante de un departamento de salud local.

De conformidad con la ley estatal, no se permitirá que su niño asista a la instalación hasta que se presente un registro de las inmunizaciones mencionadas anteriormente o una declaración aceptable de exención. En caso de dudas o de requerir información adicional, llame por favor a su departamento de salud local.